

Guía básica para la confección de una Historia Clínica VIII. El Examen Físico del Sistema Osteomioarticular (SOMA).

Marco J. Albert Cabrera (1), Suiberto Hechavarría Toledo (2), Rubén A García López de Villavicencio (3), Arian Luis Rodríguez (4)

(1) Master en Ciencias. Especialista de Primer y Segundo Grados de Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

(2) Master en Ciencias. Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

(3) Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Profesor Instructor. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

(4) Alumno de sexto año de medicina. Policlínico Universitario Vedado.

Universidad Médica de la Habana. Facultad "Comandante M. Fajardo". Policlínico Universitario Vedado.

Guía Práctica de Historia Clínica.

Introducción

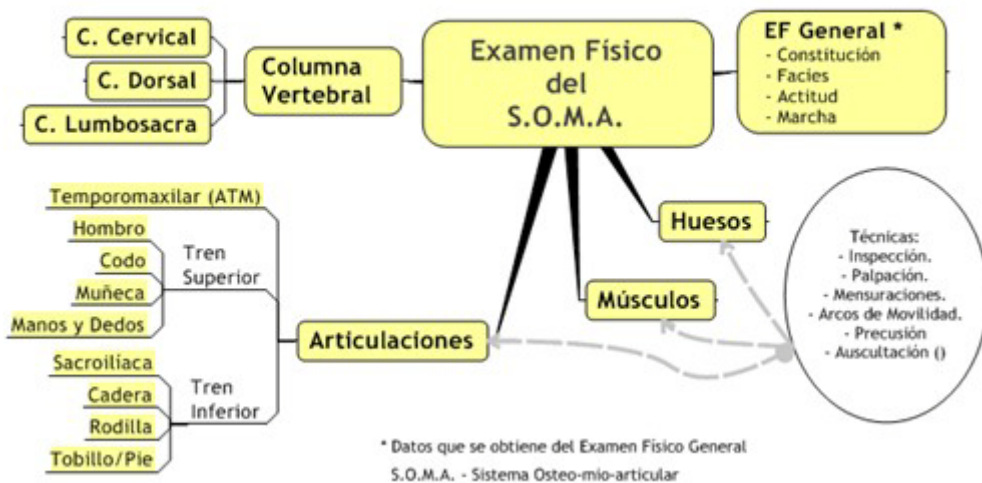
Este es la octava de una serie de trabajos dirigidos a estudiantes que cursan la carrera de medicina en Cuba, desde el IV al VI semestre. El objetivo de los autores es ofrecer un instrumento didáctico que permita la orientación rápida y la práctica eficiente en la confección de Historias Clínicas. La GUIA es eminentemente orientadora y se vale de la síntesis, los recursos nemotécnicos y mapas conceptuales para su fácil comprensión. No pretende sustituir la utilización de los textos básicos y las obras enciclopédicas de semiología donde el estudiante cuenta con la información detallada y organizada para su correcta preparación.

Esta GUIA será un medio de apoyo útil para quienes ya han concluido la etapa de aprendizaje y se enfrentan a la evaluación final, o mejor aún, para quienes decidan ejecutar con calidad la práctica clínica, con sus métodos y procedimientos científicos.

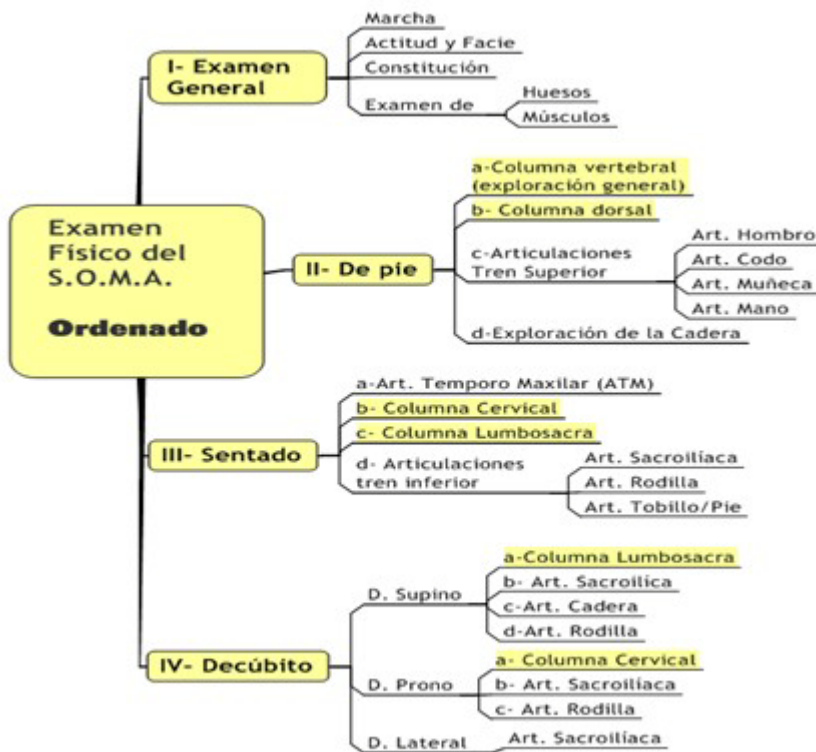
Para la exploración minuciosa del sistema osteomioarticular (SOMA) se requiere de un tiempo prolongado y técnicas específicas. Cuando en el examen físico general y regional no se detectan alteraciones o cuando las condiciones del paciente no lo admitan, debido a la fatiga o al esfuerzo a que se someterá, se deberán evitar las múltiples maniobras que se exponen en este capítulo.

En el siguiente mapa conceptual se representan los elementos que se exploran. Como se puede apreciar, muchos de estos datos ya se han obtenido de los exámenes general y regional.

Mapa Conceptual



En este trabajo se expone un método práctico para realizar el examen físico detallado del sistema osteomioarticular (SOMA). El mismo se resume en el siguiente mapa conceptual y pretende ofrecer un orden lógico de acuerdo a la posición que adoptará el paciente (de pie, sentado y en decúbito) combinándolo con la exploración de los huesos, músculos y articulaciones en sentido cefalocaudal. Así se evitarán los inconvenientes de movilizar al paciente de forma repetitiva para examinarlo. Una vez concluida la exploración física, el médico deberá organizar los datos para lograr un registro adecuado.



I- Exploración general del sistema osteomioarticular (SOMA).

a)- Marcha.

Técnica: inspección.

Ya UD. ha observado la marcha del paciente durante el E.F.G., relacione las alteraciones encontradas con las causadas por afectación del sistema osteomioarticular (SOMA). Por simple observación se pueden identificar trastornos funcionales en huesos, músculos y articulaciones.

Semiografía y Semiodiagnóstico (SD) de la marcha asociada a afecciones del Sistema Osteomioarticular (SOMA).

Marcha “saludando”: Inclinación en cada paso hacia delante. Semiodiagnóstico: artrosis de la cadera.

Marcha “de pato”: El cuerpo se balancea hacia cada lado en el que se apoya el miembro inferior correspondiente de forma sucesiva y rítmica. Semiodiagnóstico: luxación congénita bilateral de la cadera y en la distrofia muscular progresiva.

Marcha de Trendelenburg: Inclinación lateral a cada paso. Semiodiagnóstico: luxación unilateral de cadera.

Marcha hacia atrás: El paciente prefiere subir escaleras hacia atrás. Semiodiagnóstico: anquilosis de la cadera; en la espondiloartritis se proyecta la pelvis hacia delante.

Marcha de lesión del glúteo mayor: Al apoyar el pie, el tronco se dirige hacia atrás.

Marcha de lesión de los cuádriceps: Se apoya la mano en la cara anterior del muslo, cada vez que se apoya sobre esa pierna.

Coxa vara: se eleva la pelvis del lado afecto en cada paso, permitiendo que el pie avance sin tropezar con el del lado opuesto.

Fracturas del cuello del fémur: La marcha no es posible. Si la fractura está enclavada, es posible la marcha, pero con cojera.

Alteraciones de la rodilla conducen a una flexión de la cadera y la rodilla, evitando apoyar el talón.

b) Actitud y facies:

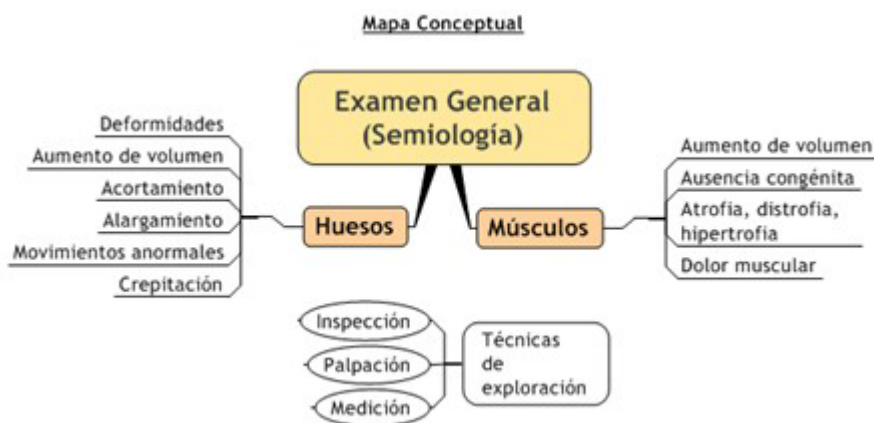
Observar si existe una buena postura, caracterizada por una alineación adecuada de las partes del cuerpo. La existencia de una facies miasténica, dolorosa o de parálisis facial nos orienta qué aspectos del Sistema Osteomioarticular (SOMA) indagar con mayor profundidad.

c) Constitución:

El aspecto constitucional ayudará a anticipar probables afecciones relacionadas con el Sistema Osteomioarticular (SOMA). Por ejemplo: la artritis reumatoide se asocia más frecuentemente a pacientes longilíneos; en los brevilíneos obesos es de esperar que estén presentes alteraciones de la columna vertebral.

d) Examen de huesos y músculos:

En el siguiente mapa conceptual se representan los aspectos semiológicos a tener en cuenta en el examen físico de huesos y músculos. Se recomienda realizarlo en sentido céfalo-caudal revisando todas las regiones del esqueleto, excepto las de columna vertebral que serán vistas en otro momento.



Técnicas: Inspección.

Observación desde diferentes ángulos y de arriba a abajo. Precise si la alteración es localizada o generalizada y las diferencias en las dimensiones entre las distintas regiones. Compare ambos lados buscando simetría (derecho / izquierdo) en todos los planos.

Palpación.

Palpe firmemente las estructuras. Compruebe a tacto los signos positivos mencionados en el mapa conceptual.

Movilice con sus dedos y manos las estructuras precisando si existe crepitación o movilidad anormal.

Identifique si hay dolor, deformidades, aumento de volumen, disminución de volumen o depresiones.

Medición.

En caso necesario, al observar desproporciones, asimetría y deformidades proceda a realizar mensuraciones utilizando una cinta métrica. Tome un punto de referencia óseo y una distancia igual del mismo en ambas extremidades, determinamos su circunferencia. Realice esta exploración en las cuatro extremidades. En caso necesario consulte textos donde se exponen tablas de referencia para las longitudes y diámetros.

II- Exploración del sistema osteomioarticular (SOMA) con el paciente de pie.

En los pacientes encamados, esta exploración se realizará con las adecuaciones que imponga las circunstancias.

a)- Columna Vertebral. Exploración General.

Técnica: Inspección.

Paciente de pie, en posición de "firmes", con talones unidos y puntas ligeramente separadas. Observar primero de frente y luego por detrás del paciente la alineación y simetría de los hombros, pelvis, rodillas, pliegues glúteos y rodillas.

Normal: Los huesos, músculos y los relieves de los trocánteres, crestas, espinas y otras prominencias óseas, deben ser simétricos. Regularidad de las vértebras que permanecen en la línea media.

Anormal: alineación oblicua de la pelvis y escoliosis. Descartar: acortamiento de una extremidad inferior; o posición viciosa de las caderas o rodillas. Haciendo ascender el miembro inferior más corto, se restablece la horizontalidad de la pelvis.

Observación de perfil la alineación y las curvaturas espinales.

Normales:

-Columna cervical y lumbar: curvatura cóncava.

-Columna Dorsal: curvatura convexa.

-Puntos transicionales entre las curvaturas (deben ser armoniosos).

-Con el sujeto inclinado hacia delante, observar que la columna entera tenga una curva regular.

Anormal: hay exageración o rectificación de las curvaturas y puntos.

Observe la facilidad del movimiento, la orientación de la columna y las escápulas, así como las curvaturas de la columna. Pida a la persona que se incline hacia delante por la cintura, primero de espaldas y luego, de perfil.

Semiografía y semiodiagnóstico (SD).

Cifosis: Aumento de la convexidad posterior (en el dorso) o la presencia de esta donde fisiológicamente no existe.

Giba: La prominencia hacia atrás de las apófisis espinosas. Sobre todo si es angular, comprendiendo una o dos apófisis espinosas. Semiodiagnóstico: lesión vertebral o discal destructiva, mal de Pott (espondilitis tuberculosa), fracturas por compresión y fracturas patológicas.

Hiperlordosis: Aumento de la concavidad hacia atrás o la presencia donde normalmente no existe. Semiodiagnóstico: deformidades de la columna vertebral.

b)- Examen específico de la Columna Dorsal.

Técnicas: Inspección.

Pida al paciente que realice la flexión anterior del tronco y luego que haga movimientos laterales a la derecha y a la izquierda. Determinar limitaciones.

En caso de dudas o desviaciones anormales utilice una plomada sostenida por un hilo, fijándola en la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical, normalmente el péndulo debe estar centrado.

Palpación y percusión (técnicas comunes para toda la columna vertebral).

Localice la presencia anormal de dolor o tumefacción:

Realice movimientos laterales de las apófisis espinosas.

Presione los puntos de emergencia de las raíces nerviosas (1,5 a 2 cm. a ambos lados de la línea media).

Palpe los músculos paravertebrales.

Percuta las apófisis espinosas.

En el caso específico del dorso compruebe la movilidad costal, que se encuentra afectada en las espondiloartropatías.

Semiografía y semiodiagnóstico.

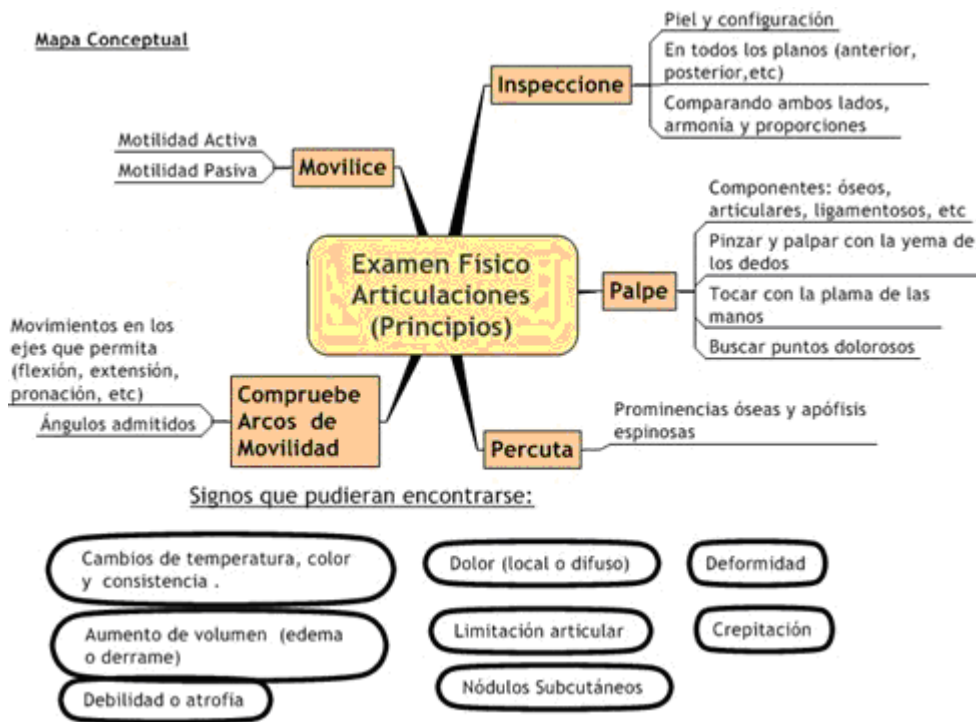
Escoliosis: Puede ser dorsal o dorsolumbar. Precisar causas: acortamiento de un miembro, que puede desaparecer si se examina al paciente en posición sentada. Si al utilizar la plomada, el hilo pasa por el pliegue interglúteo significa que la escoliosis está compensada.

Escápula alada: Durante la flexión anterior se acentúa una elevación de la escápula. SD: escoliosis que provocó rotación de los cuerpos vertebrales.

Giba dorsal prominente: secundaria a aplastamientos, espondilitis infecciosa o mal de Pott. Si la giba es redondeada y armónica: sugiere afección anquilopoyética o cifosis senil.

c) Articulaciones del Tren Superior.

Por la amplitud y dimensiones de los miembros superiores es aconsejable hacer estos exámenes de pie, no obstante UD. debe adaptarse a las circunstancias físicas del paciente. En el siguiente mapa se representan los principios para el examen de las articulaciones, utilícelos adaptándolos a las características de cada zona del esqueleto apendicular.



Articulación del Hombro.

Técnicas:

Examinar utilizando los principios de exploración. A continuación se mencionan detalles específicos para esta articulación. Revisar caras anterior, posterior, externa y axilar.

Inspección.

Simetría los músculos deltoides, supraespinosos e infraespinosos.

Forma de las articulaciones esternoclaviculares.

Movimientos (flexión, extensión, abducción, aducción, rotación externa y rotación interna).

Palpación.

Posibles puntos dolorosos. Punto inferior: vértice de la axila. P. anterior: corredera bicipital. P. posterior: hueco retroacromial. Punto de la tuberosidad deltoidea (hombro en posición normal y después en abducción > 90°).

Explore clavícula, tuberosidad mayor del húmero, tendón bicipital y deltoides.

Evalúe la fuerza muscular.

Explore la movilidad pasiva después de la activa.

Semiografía y semiodiagnóstico.

Rotura del tendón bicipital: el vientre muscular del bíceps está desplazado hacia abajo.

Rotura de la porción larga del bíceps: presenta equimosis en la cara interna del brazo y antebrazo

Bursitis subacromiodeltoidea: dolor a la palpación del surco acromiohumeral y limitan la abducción alrededor de los 60°.

Lesiones del manguito de los rotadores: afectación del tendón largo del bíceps.

Afecciones capsulares y sinoviales, artritis infecciosas y artritis crónicas: afectan la amplitud y existe dolor durante el arco de movimiento

Artritis infecciosas, reumatismos crónicos y Gota: limitación dolorosa de todos los movimientos.

Lesiones musculotendinosas: la movilidad es casi normal, pero es el dolor es importante en los movimientos contra resistencia.

Irregularidad en las superficies de deslizamiento: aparecen crujidos que se acompañan de dolor.

Articulación del Codo.

Siguiendo los principios de exploración, evalúe las estructuras que se mencionan a continuación:

Técnicas: Inspección.

Forma y posición del codo.

La cara posterior del codo que tiene gran interés semiológico.

Palpación.

No pueden faltar: epicóndilos, olécranon, cóndilos medial y lateral del húmero; región epitroclear: en busca de ganglios.

Palpar la superficie posterior del codo, con el índice y el pulgar, mientras la persona dobla el codo en un ángulo de flexión mayor que 90°, mientras usted soporta el antebrazo con su otra mano.

Semiografía y semiodiagnóstico.

Polineuritis: se palpa el nervio cubital engrosado en el canal interno de la articulación.

Epicondilitis (codo del tenista): dolor en la interlínea humerorradial. Más evidente con las maniobras contra resistencia de la muñeca y la mano.

Epitrocleítis (codo del golfista): dolor por flexión de la mano contra resistencia.

Artritis infecciosas del codo, muñeca y mano: presencia de ganglios infartados.

Enfermedades reumáticas crónicas y artritis postraumática: movimientos pasivos limitados.

Gota y artritis sépticas: dolor, limitación más acentuada, hasta supresión del movimiento.

Artrosis: ligera limitación de la flexoextensión, con rotaciones libres. No existe dolor.

Artritis reumatoide, artritis tuberculosa y la artropatía hemofílica: limitación total o anquilosis

Articulación de la Muñeca.

Técnicas: Inspección y palpación.

Utilice los principios de la exploración articular.

Haga una pinza con sus dedos pulgar e índice sobre la articulación en sentido anteroposterior, palpe las estructuras óseas y ligamentos.

Semiodiagnóstico.

Artritis reumatoide, artritis infecciosa y tenosinovitis: tumefacción localizada.

Gangliones (tumores redondeados, renitentes, poco movibles e indoloros) localizados en la cara dorsal. Pueden alcanzar gran tamaño, con dolor intenso si irrita algún nervio. Se observan en personas que ejecutan trabajos manuales rudos y en la artritis crónica.

Articulaciones de las Manos y Dedos.

Técnicas: Inspección Palpación.

Utilice los principios de la exploración articular.

Palpe haciendo una pinza con sus dedos pulgar e índice en sentido anteroposterior.

Explore las articulaciones interfalángicas distales y proximales haciendo pinzamiento en sentido lateral.

Palpe además las vainas sinoviales palmares, en toda su longitud y las diáfisis óseas.

Semiodiagnóstico.

Enfermedad general (conectivopatías): tumefacción difusa, sin dolor ni limitaciones. Cuando no hay toma articular sospechar trastorno circulatorio o edema angioneurótico.

Artritis reumatoide y artritis infecciosa: dolor y limitación de los movimientos. Se observa los "dedos en ráfaga"; "dedo en martillo" (posición en permanente flexión), la "deformidad de Boutoniere" y el dedo en "cuello de cisne".

Distrofias simpaticorrelejas: tumefacción difusa de la mano con limitación del hombro y osteoporosis.

Artrosis: tumefacción localizada. Nódulos duros e indoloros llamados de Heberden (en interfalángicas distales) y de Bouchard (en interfalángicas proximales).

Rizartrosis del pulgar: toma la articulación trapezometacarpiana del pulgar, muy característica en costureras, peluqueras, mecanógrafas.

Enfermedad de Dupuytren: deformidad que predomina en los dos últimos dedos, con flexión de las dos primeras falanges y extensión de la tercera.

d)- Exploración de la Articulación de la Cadera.

Técnicas: Inspección y palpación.

Utilice los principios de la exploración articular.

Maniobra de Trendelenburg: Se realiza de pie. Trace una línea por los pliegues glúteos y ordene al paciente flexionar una cadera en el aire mientras mantiene el cuerpo descansando sobre la otra pierna (ello garantiza la integridad de la cadera). Si el pliegue de la cadera flexionada queda por debajo de la línea, la maniobra es positiva de afección coxofemoral. Comprima la unión del tercio interno con el tercio medio de la línea inguinal, para precisar dolor.

Semiodiagnóstico.

Bursitis: dolor sobre el trocánter con movimientos libres excepto la aducción.

Coxitis infecciosa, artritis reumatoide, gota, espondiloartritis: limitación de todos los movimientos.

Artropatía de Charcot: destrucción de la articulación, con limitación, sin dolor.

Coxartrosis: actitud en flexión con cierto grado de rotación externa y a veces, abducción en fases muy avanzadas. Esta actitud se ve tardíamente, al contrario de la artritis, donde se observa precozmente.

Coxa vara: aducción y rotación externa.

Coxa valga: la abducción y rotación interna.

Fracturas del cuello del fémur: actitud en extensión y rotación externa.

III- Exploración del sistema osteomioarticular (SOMA) con el paciente de sentado.

a)- Articulación Temporomaxilar (ATM).

Técnicas:

Inspección.

Observe la piel y la forma del área articular.

Explore los movimientos activos de los músculos: abrir y cerrar la boca (movimiento vertical), protrusión y retropulsión de la mandíbula (movimiento anterior y posterior) y lateropulsión (movimiento lateral).

Palpación.

Coloque la punta de un dedo delante del conducto auditivo externo y pídale al paciente cerrar y abrir la boca, comprobando si existe dolor o limitación.

Explore la fuerza muscular oponiéndole resistencia al movimiento efector.

Semiodiagnóstico.

El aumento de volumen de esta articulación por inflamación es común, pero debe ser notable para que pueda observarse.

La existencia de dolor y aumento de temperatura local es sinónimo de sinovitis.

La limitación moderada impide entrar el dedo en la depresión de la articulación.

b)- Columna Cervical. Exploración específica.

Técnicas:

Inspección.

Visualizar el plano anterior, posterior y lateral. Pida a la persona que realice todos los movimientos del cuello

Normal: Durante la flexión, la barbilla debe tocar la horquilla esternal; en la extensión, la separación entre la barbilla y la horquilla esternal debe alcanzar un mínimo de 18 cm.

Anormal: presencia de limitación en los movimientos, dolor o “mareos”.

Palpación y percusión.

Emplee las técnicas explicadas en la Columna Dorsal.

Explore la fuerza muscular pidiéndole al paciente que repita los movimientos de flexión y extensión, mientras presiona su mano sobre la frente durante la flexión y contra el occipucio durante la extensión, en la región occipital derecha e izquierda para la lateralización y sobre los temporales para la rotación.

Maniobra de compresión del vértice del cráneo: Realice un movimiento vertical con sus dos manos sobre la cabeza del paciente, que normalmente no debe causar dolor, si es dolorosa expresa organicidad. La maniobra contraria de tracción vertical debe producir alivio. Este signo se corrobora si existe dolor espontáneo que desaparece a la tracción vertical. Nunca utilice esta técnica en pacientes ancianos con enfermedades cervicales conocidas.

Semiodiagnóstico.

Tortícolis: Espasmo de los músculos con desplazamiento de la cabeza hacia un lado.

Dolor por irritación de la raíz explorada: Aparece al comprimir entre dos apófisis espinosas (1,5cm. por fuera de la línea media).

Lesiones del segmento cervical (artrosis, osteofitosis). Produce dolor a la compresión.

c)- Columna lumbosacra. Exploración específica.

Técnicas:

Inspección.

Durante la exploración integral se conoció si existe escoliosis, lordosis lumbar acentuada, abdomen prominente y rectificación de la columna.

Palpación.

Imprímale movimientos laterales a las apófisis espinosas

Presione los puntos de emergencia de las raíces nerviosas, en busca de dolor (1.5 a 2cm. a ambos lados de la línea media).

Palpe los músculos paravertebrales.

Maniobras combinadas:

Maniobra de Déjerine: positiva cuando produce dolor lumbar al pedirle al paciente que tosa, lo que aumenta la presión intraabdominal.

Maniobra de Nafziger-Jones: comprimiendo ambas yugulares al mismo tiempo; desencadena dolor lumbar por aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo y acentuación de la compresión.

Neri I: Detecta dolor lumbar durante la flexión de la cabeza. Se complementa con la maniobra de Neri II (en decúbito).

Percusión.

Reflejos rotulianos (cuarta raíz lumbar) y aquilianos (primera raíz sacra).

Semiografía y semiodiagnóstico.

Afecciones radicales o de nervios periféricos: se comprueba descenso de un pliegue glúteo e hipotonía de los glúteos.

Alteraciones del cuerpo vertebral, el ligamento o la articulación interapofisiaria: dolor a la palpación y la movilización de las apófisis espinosas

d)- Articulaciones del tren inferior.

Articulación Sacroilíaca.

Técnicas: Inspección y Palpación.

Utilice los principios de la exploración articular.

Inspeccionar y palpar el Punto de Rotés-Querol o Forestier – Jacqueline (en el extremo posteroinferior de la carilla articular, a un través de dedo por debajo de la espina iliaca posterosuperior, a nivel del segundo agujero sacro). SD: la tumefacción es signo exclusivo de la artritis tuberculosa.

Palpe el punto glúteo medio, a la salida de la escotadura ciática, afectado en las ciáticas radiculares.

Semiodiagnóstico:

Sacroilitis infecciosa: se observa cojera con imposibilidad de apoyar el pie.

Artritis séptica: elevación de la línea sacro ilíaca, por distensión ligamentosa.

Abscesos en la nalga: aumento de volumen.

Articulación del tobillo.

Técnica: Inspección.

Realice la inspección por los tres planos.

Semiodiagnóstico.

Las anomalías de conformación se asocian a las alteraciones del pie.

Tumefacciones de origen óseo: la tumefacción se localiza en el punto de la lesión. Generalmente es secundaria a fractura.

Tumefacciones de origen articular: se caracteriza por localizarse a nivel de los canales premaleolares y retromaleolares, adoptando una forma anular (gota, artritis gonocócica).

Tumefacciones de origen ligamentoso: la tumefacción se localiza en la región inframaleolar, ligamentos interno y externo.

Tumefacciones de origen tenosinovial: se sitúan a nivel de las vainas de los tendones situados en la garganta del pie. La tumefacción a nivel del tendón de Aquiles puede deberse a una tendinitis aquiliana, bursitis, espondiloartritis.

Si hay dolor en la pantorrilla a la dorsiflexión del tobillo, puede indicar trombosis venosa profunda de la pierna (signo de Homans).

Técnica: Palpación.

Palpe las estructuras óseas

Palpe los canales premaleolares y el resto de la interlínea articular.

Palpe con el dorso de mano la temperatura de la región.

Realice los movimientos de la articulación.

Semiodiagnóstico.

En las artritis las regiones precozmente más dolorosas son los canales premaleolares y después, el resto de la interlínea articular.

Articulación del pie.

Técnica: Inspección.

Observe las tres caras: interna, dorsal y plantar (la integridad de la piel, condiciones de las uñas, su posición con respecto a la línea media, la relación de contacto de cada una de sus partes con el plano horizontal, el grado de abducción o aducción que presenta, así como la motilidad activa).

Con la persona de pie observe si existe paralelismo de los pies, si la altura del arco longitudinal interno es normal o no, si las cabezas de los metatarsianos se disponen normalmente, en forma de arco convexo, dorsalmente y si el talón de Aquiles y el borde posterior del talón (observando al sujeto de espaldas) están situados en una misma línea.

Semiodiagnóstico:

Malformaciones globales congénitas (pie equino varo).

Malformaciones globales adquiridas (pie plano, valgo y cavo).

Malformaciones de los dedos (polidactilia, sindactilia, hallux valgus).

Lesiones de la piel (callosidades, úlceras plantares).

Tumefacción inflamatoria localizada (enfermedad de Köller, gota).

Otros signos (enfermedad de Lederhane, osteoporosis de Sudeck).

Afectaciones que le son propias: pie varo, pie cavo, pie calcáneo, pie valgo, o las combinaciones de estos como el pie varo equino, el calcáneo valgo, etc.

Pie plano: Resulta de la caída de los arcos longitudinal y transversal del pie con la consiguiente deformación de la arquitectura ósea del mismo.

Hallux valgus: Conocido vulgarmente como "juanete". Es una desviación del dedo gordo del pie casi siempre consecutiva a un descenso de la bóveda plantar de antigua fecha, algunas veces como consecuencia del uso de calzado demasiado estrecho.

Técnica: Palpación.

Comprueba la presencia y las características de una tumefacción (su extensión y consistencia); Palpe con el dorso de la mano la temperatura de la región.

Realice los movimientos de la articulación.

Examine la articulación subastragalina: sujete la pierna con una mano y el talón con la otra, desplace este último hacia dentro y hacia fuera y se compara con la articulación simétrica. Si el movimiento está disminuido o abolido, hay lesión de la articulación.

Explore la articulación mediotarsiana: sujete el talón con una mano y con la otra sujete el antepié, formando una pinza con el pulgar y el índice, y le imprímale movimientos de pronación y supinación. La ausencia de estos movimientos permite diagnosticar una tarsitis, frecuente en la gota y en la poliartritis crónica.

Semiodiagnóstico.

A lo largo del arco longitudinal: pie plano.

En las articulaciones metatarsofalángicas: poliartritis crónica, metatarso caído y hallux valgus.

En el talón, a nivel de la tuberosidad interna: espolones calcáneos.

Sobre el calcáneo: osteomielitis y apofisitis del calcáneo, bursitis retrocalcánea y osteítis tuberculosa.

En los canales pre y retromaleolares: artritis tibiotarsianas.

En el tendón de Aquiles: tendinitis aquiliana.

La anulación de los movimientos de la primera articulación metatarsofalángica nos hace sospechar o comprobar el hallux rigidus.

IV- Exploración del sistema osteomioarticular (SOMA) con el paciente de en decúbito.

Con el paciente en decúbito se realizarán maniobras específicas para la detección de dolor, limitaciones articulares, fracturas, derrames y otras alteraciones.

Exploración en decúbito supino

a- Columna Lumbosacra

Maniobra Neri II: Si no se presentó dolor con la maniobra Neri I, se levantan ambas piernas alternativamente, manteniendo la cabeza flexionada.

Maniobra de Laségue: Con el paciente en decúbito supino, se levanta la pierna extendida (flexión del muslo sobre la pelvis). Es positiva si aparece dolor al alcanzar los 30°.

Maniobra de Bragard: Después de elevar la pierna hasta el lugar de aparición del dolor, se hace descender un poco más abajo y se practica la dorsiflexión del pie, con la pierna extendida. La maniobra es positiva, si se reproduce el dolor inicial.

b- Articulación Sacroilíaca

Maniobra de Volkmann: Apoyado con ambas manos, efectuamos una separación forzada de ambas espinas ilíacas anteriores; de esta forma se realiza una tracción sobre el ligamento sacroilíaco anterior. Si se produce dolor central hay que descartar procesos lumbosacros.

Maniobra de Erichsen: Se realiza la aproximación forzada de ambas espinas ilíacas anterosuperiores; de esta forma se traccionan los ligamentos sacroilíacos posteriores.

Maniobra de Laguerre: Se coloca la rodilla y cadera del lado enfermo flexionadas y en abducción. Se fija con una mano la espina iliaca anterosuperior del lado opuesto, con la otra mano apoyamos sobre la rodilla flexionada y ejercemos presión hacia el plano de la cama. Se comprueba si hay dolor o limitación en la articulación sacroilíaca.

c- Articulación de la Cadera

Inspección y palpación de la zona del triángulo de Scarpa (punto de referencia anatómico situado en la zona inguinal del muslo) y la raíz del muslo: Inspeccione las características del muslo con respecto al tronco. Palpe a nivel del triángulo, donde la articulación es más superficial. Palpe la unión del tercio interno con el tercio medio de la línea inguinal.

Explore la movilidad pasiva de la articulación. Fije la pelvis con una mano en la espina iliaca anterosuperior del lado opuesto y con la otra mano, movemos la extremidad que queremos explorar. Si sospecha una contractura de flexión de la cadera u observa movilidad restringida, haga el "Test de Thomas" (pida a la persona que asuma la posición supina y flexione la rodilla empujando esta con sus manos contra el pecho).

Maniobra FABERE: se flexiona la pierna de la cadera a explorar y se coloca el talón de ese pie sobre la rodilla opuesta, para que la cadera quede en abducción. Entonces, con una mano fijamos la cresta iliaca opuesta y con la otra hacemos presión hacia abajo, por la cara interna de la rodilla flexionada, llevándola contra el plano de la mesa para provocar la rotación externa de la cadera explorada. El signo de Patrick se evidencia con esta maniobra, cuando hay dolor.

Semiodiagnóstico:

Artritis sépticas: aumento de volumen con piel distendida en la zona del triángulo de Scarpa; también puede verse en la raíz del muslo, abscesos osifuentes tuberculosos, procedentes de la cadera o de la pelvis.

Sinovitis de la cadera y Enfermedad de Périthes: Se afecta el movimiento, la maniobra de FABERE es positiva.

d- Articulación de la Rodilla.

Técnicas: inspección y palpación.

Utilice los principios de la exploración articular.

Realice los movimientos de flexión y extensión (movilidad pasiva).

Complemente el examen en posición de decúbito (ver maniobras para la rodilla).

Maniobras para detectar derrame.

Maniobra I: Se coloca la rodilla completamente extendida. Se presiona la rótula con los dedos medios, mientras que con el resto de los dedos de ambas manos se ejerce presión por arriba y por abajo, como si hiciéramos expresión del líquido hacia la rótula. Si el derrame es abundante, se percibe cómo la rótula contacta con la superficie ósea femoral, ascendiendo después (signo del peloteo rotuliano).

Maniobra II: se sitúa el dedo pulgar en el borde medial de la rótula y los dedos índice y del medio en el borde lateral; con la otra mano se imprimen presiones sobre el tendón del cuádriceps. Si existe derrame, se trasmite cierta tensión a los dedos situados al lado de la rótula; si el derrame es abundante, los dedos son desplazados. Esta maniobra es posiblemente la más sensible.

Maniobra III: Es útil para descubrir pequeños derrames. Con la cara palmar de los dedos de una mano se presiona de abajo hacia arriba, a la altura de la interlínea patelofemoral medial, con la idea de verificar un vaciado del posible derrame; inmediatamente se presiona de arriba hacia abajo, a la altura del fondo de saco patelofemoral lateral; si hay derrame, el líquido se desplaza hacia el otro lado, y se observa un abultamiento a la altura de la interlínea patelofemoral, en la parte medial de la articulación.

Otras maniobras:

Maniobra de Mc Murray: Para detectar lesiones del menisco. Coloque una de sus manos contra el lado medial de la rodilla para estabilizarla. Con la otra mano agarre el tobillo y rote la pierna y el pie hacia adentro, mientras trata de extender la pierna. Si está presente alguna lesión del menisco, la pierna no puede extenderse.

Semiodiagnóstico.

Artrosis, artritis: deformación de origen articular: aparece el Genus valgus, (rodillas unidas) calor aumento de la temperatura en el segundo caso.

Parálisis muscular, poliartritis, artrosis, espondiloartritis y artritis infecciosa: Genus recurvatum o genus flexum: (deformidad en extensión) influye sobre la marcha y agrava el proceso articular. Puede cursar con calor y rubor.

Bursitis prerrotuliana: abultamiento delante de la rótula, como un huevo de gallina.

Quiste de menisco: tumefacción pequeña, dura, renitente y localizada en la interlínea articular lateral.

Enfermedad de Haffa: aumento de volumen doloroso del paquete de grasa de Haffa, a cada lado del tendón rotuliano.

Apofisitis de Osgood-Schlatter: tumefacción del tubérculo anterior de la tibia.

Tofos y nódulos de poliartritis crónica, que pueden observarse en la cara anterior de la rodilla.

Lesión de menisco: el dolor de la interlínea articular tiene la característica de cambiar de posición, haciéndose más posterior al flexionar la pierna (signo de Steimann II) y aumenta de intensidad al rotar la pierna hacia el lado que se explora (signo de Bragard).

Exploración en decúbito prono

a- Columna Cervical

Maniobra de Finck. Percuta las apófisis espinosas de columna cervical precisando la existencia de dolor. SD: irritación de la raíz nerviosa al nivel explorado.

b- Articulación Sacroilíaca

Maniobra de cizalla. Hiperextensión forzada del muslo sobre la pelvis con la rodilla flexionada. El sacro se mantiene fijo con la otra mano.

c- Articulación de la Rodilla:

Inspeccione la cara posterior de la rodilla con el paciente en prono. Observe y palpe la fosa poplítea.

Maniobra de Apley o "Test de Apley": debe realizarse con la persona en posición prona. También detecta lesiones del menisco y cuerpos extraños o flotantes en la articulación. El sujeto debe estar boca abajo con la rodilla flexionada a 90°. Agarre el pie de la persona y aplique presión. Entonces, rote el pie interna y externamente. Las rodillas trancadas o sonidos repentinos y resonantes indican lesión o cuerpos sueltos.

Exploración en decúbito lateral

a- Articulación Sacroilíaca

Maniobra de Lewin: Paciente en decúbito lateral, sobre el lado sano, hacemos presión con la mano o antebrazo sobre la cresta iliaca, aplicando el peso del cuerpo del explorador; es menos sensible y es positiva con menor frecuencia que las anteriores.

Maniobra de Menell: El paciente se sitúa en decúbito lateral; la pierna superior se coloca en extensión y la inferior en flexión; colocamos una de nuestras manos a nivel de la articulación coxofemoral y la otra, en la parrilla costal; se practica, entonces, un movimiento brusco forzando el hueso iliaco hacia delante y la parrilla costal hacia detrás.

Registro de lo explorado.

Estructura Ósea: Forma y eje longitudinal conservados, no tumefacción ni edemas. Huesos aparentemente resistentes y estables. Sin deformidades, no depresiones óseas, ni dolor a la palpación.

Músculos: Simétricos, de contornos regulares. Fuerza, tono y trefismo conservados.

Articulaciones: Arco de movilidad activo y pasivo conservados en todas las articulaciones.

Articulación temporomaxilar: No dolor ni crepitación a al palpación.

Hombro: Movimientos de circunducción, aducción, abducción, flexoextensión, rotación interna y externa conservados. Corredera bicipital y manguito de los rotadores no doloroso a la palpación.

Codo: Movimientos de flexoextensión pasivamente y contra resistencia, conservados.

Muñeca: Movimientos de flexoextensión, aducción-abducción y pronosupinación en forma pasiva y contra resistencia conservados.

Mano: En actitud de flexión moderada. Movilidad activa y pasiva conservada. Fuerza de la prensión y la extensión conservadas. Movimientos de abducción y adducción de los dedos conservados.

Articulación sacroilíaca: sin dolor ni limitaciones en los movimientos. Maniobras (mencionar las realizadas) negativas.

Cadera: Sin dolor ni limitaciones en los movimientos. Maniobras (mencionar por ejemplo la de FABERE) negativas.

Rodilla, tobillo y pies: sin limitaciones, deformidades, tumoraciones, ni dolor.

Referencias bibliográficas:

Llanio Navarro, R; Perdomo González, G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Editorial Ciencias Médicas, 2005. Tomo I y II.

Álvarez Cambras, R. Traumatología. Editorial Pueblo Educación, la Habana. 1985. Tomo I.

Roca Goderich, R. Temas de Medicina Interna. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 4ta Edición, 2002. Tomos I, II y III.

Mathé G., Richet G. Semiología Médica y Propedéutica Clínica. Editorial Jims. Barcelona. 1969.

Cecil R. L. Textbook of Medicine. Ed. 20. W. Sanders, Philadelphia, 1996.

Harrison T. R. Principles of Internal Medicine. Ed. 14. Mc Graw Hill. New York, 1997.